44e Année. — N° 28. Vendredi 9 juillet 1897.

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Ophthalmologie : Guérison spontanée d'une cataracte sénile, par le Dr A. Chevallereau, 433. — **Revue de la presse** : De l'endocardite traumatique, 435. — **Académie des sciences** : *Séance du 5 juillet* 1897. Présidence de M. Chatin. — Sur le psoriasis; ses rapports avec la syphilis, 436. — Les nerfs du cœur et la glande thyroïde, 437. — **Académie de médecine** : *Séance du 8 juillet* 1897. Présidence de M. Caventou. — Cure radicale des hernies inguinales, 437. — Traitement du mutisme chez l'enfant entendant, 437. - Nature et traitement du goitre exophthalmique, 438. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 2 juillet* 1897. Présidence de M. Debove. — De la présence du tétragène dans le liquide de certaines pleurésies, 438. — — Hernie du poumon consécutive à la pleurotomie. Guérison, 439. — Bactériologie des angines membraneuses, 439. — La diphtérie à l'hôpital Trousseau en 1896, 439. — Lévulosurie, 440. — **Société médicale du VIIe arrondissement** : *Séance du 27 avril* 1897. Présidence de M. Leroux. — Polype muqueux des fosses nasales d'un volume extraordinaire, 440. — Inefficacité d'un ordre de médecins, 440. — **Société de chirurgie** : *Séance du 7 juillet* 1897. Présidence de M. E. Delens. — Traitement du cancer du rectum, 440. — Hystérectomie abdominale totale, 440. — Mélanosarcôme des ganglions cervicaux, 440. — Cerclage de la rotule datant de vingt-trois jours, 441. — **Société française de laryngologie, otologie et rhinologie** : (session de 1897) : Une variété d'abcès chronique du voile du palais, 441. — **Memento pratique** : La sauge comme agent antisudoral, 441. — Le monimia rotundifolia et le boldo, 441. — **Intérêts professionnels** : Objections à la création d'un ordre des médecins, par M. le Dr Le Bec, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph de Paris, 442. — **Déontologie**, 444. — **Variétés** : Le curé Kneipp, 445. — **Nouvelles**, 446. — **Bulletin bibliographique**, 448.

OPHTHALMOLOGIE

Guérison spontanée d'une cataracte sénile (1).

Par le Dr A. Chevallereau.

Un honorable confrère de Paris, le Dr D..., âgé de 80 ans, vient me consulter le 8 mars 1897 pour un affaiblissement considérable de la vision de l'œil gauche.

L'œil droit est tout à fait normal, sauf une hypermétropie de 2 dioptries. Les membranes profondes n'offrent aucune lésion et le cristallin est absolument transparent.

A gauche, au contraire, il y a une cataracte complète; le début s'est fait il y a trois mois, dit le malade; depuis cette époque, la diminution de l'acuité visuelle a été rapide; depuis huit jours l'état est forcément stationnaire : le Dr D... voit passer la main devant son œil, mais sans pouvoir compter les doigts.

Le diagnostic de cataracte ne peut faire doute un seul instant; il n'y a aucun phénomène inflammatoire, toutes les parties externes de l'œil sont parfaitement saines. L'éclairage oblique montre une pupille très contractile et un cristallin d'un blanc nacré; ce cristallin ne laisse d'ailleurs passer, même à sa périphérie, aucun rayon de la lumière réfléchie par le miroir ophthalmoscopique. La perception lumineuse est d'ailleurs très bonne, et le champ visuel, observé au moyen de la lumière réfléchie par le miroir plan, est normal.

Le Dr D... est d'une santé excellente malgré son grand âge et il fait encore une clientèle assez active; il se plaint seulement d'une hypertrophie de la prostate, qui l'oblige à se sonder assez fréquemment, et de poussées de cystite pour lesquelles il se fait dans la vessie des injections d'eau boriquée.

Ses urines ont été analysées pour la dernière fois il y a une dizaine d'années par Yvon, sur la demande de Reliquet. C'était au début de son affection de la vessie; il y avait alors 3 gr. 40 d'albumine par 24 heures. Il n'est pas fait mention de glycose.

Le diagnostic ne pouvant faire aucun doute, je propose au Dr D... de lui enlever sa cataracte quand il le voudra, l'opération n'offrant évidemment aucun caractère d'urgence. Notre confrère, ayant actuellement quelques malades en traitement, préfère attendre un peu et doit revenir me voir dans quelque temps.

Le 24 juin, deux mois et demi après sa première visite, le Dr D... revient chez moi, me disant qu'il n'est pas revenu plus tôt parce que sa vision de l'œil gauche allait en s'améliorant d'une manière progressive. A l'éclairage oblique, je constate en effet que la pupille est noire et que le cristallin n'a plus son aspect nacré. Avec le miroir ophthalmoscopique je trouve le cristallin transparent, sauf une légère opacité centrale, avec quelques nébulosités dans le reste de la lentille. J'éclaire très facilement le fond de l'œil dans lequel je ne trouve aucune lésion. Cet œil est seulement hypermétrope de 2,50 dioptries. Avec des verres + 5,50 D, M. D... lit parfaitement, de l'œil gauche comme de l'œil droit, les plus fins caractères des échelles optométriques.

C'est donc là guérison d'une cataracte sénile qui était complète il y a deux mois et demi. C'est bien une guérison spontanée, car M. D... ne prend aucun médica-

(1) Communication faite à la Société d'ophthalmologie de Paris.

ment, ne suit aucun traitement, sauf le traitement local nécessité par quelques troubles de la miction.

Il nous arrive bien souvent de voir des médecins faire le diagnostic de cataracte uniquement parce que, chez certains vieillards, la pupille présente, même à l'éclairage oblique, un reflet grisâtre ; cette erreur est surtout lamentable chez les personnes atteintes de glaucome chronique simple, ou d'atrophie de la papille et auxquelles le médecin, diagnostiquant une cataracte, donne le conseil de n'aller consulter un oculiste que lorsqu'elles ne distingueront plus rien. Il faut donc être très réservé sur le diagnostic de cataracte fait par des profanes et encore plus sur les cas de guérison par un traitement interne ou un collyre quelconque dont on nous parle de temps en temps, Mais j'espère que, dans le cas de mon honorable confrère, le Dr D., où l'examen a été complet, personne ne sera tenté de nier l'opacification, puis l'éclaircissement du cristallin.

Ces cas de guérison spontanée d'une cataracte sont et resteront sans doute extrêmement rares, mais il y en a d'autres exemples et vous avez encore tous présente à la mémoire l'observation qui nous a été rapportée, il y a trois mois, par notre collègue Kœnig. Il s'agit d'une dame de 70 ans, diabétique, chez laquelle M. Kœnig diagnostiqua, en septembre 1894, des opacités cristalliniennes occupant toute la région équatoriale et pénétrant sous forme de stries jusque vers le centre du cristallin. Au mois d'août 1896, cette dame revient voir notre collègue qui trouve le cristallin droit tout à fait transparent et à gauche seulement quelques opacités périphériques en bas et en dedans. Cette dame suivait assez fidèlement le régime qui lui avait été prescrit contre son diabète et la quantité de sucre contenue dans les urines, sujette à de nombreuses oscillations d'ailleurs, après avoir été de 80 grammes par litre, était retombée à 8 grammes.

C'était également un diabétique, le malade dont le Dr Debout d'Estrées a rapporté l'observation à la Société médicale de l'Elysée (1) et chez qui le professeur Gayet, en 1893, avait diagnostiqué une cataracte au début. Cette constatation amena le malade à modifier son régime, il fit une cure annuelle à Contrexéville, fit de l'exercice, son sucre disparut et, au printemps de 1895, le professeur Gayet constata une amélioration progressive de la vue et refusa d'opérer.

Ces faits ne sont, d'ailleurs, pas les seuls qui aient été publiés. Dans un livre sur le diabète sucré paru à Berlin en 1875, Seegen cite deux cas de cataracte diabétique améliorés par l'usage de l'eau de Carlsbad, qui, dans ces cas, aurait diminué l'élimination du sucre et agi ainsi sur la cataracte.

Il y a, d'autre part, des cas plus anciens publiés par le Dr Gustave Warnatz dans le *Ammon's Zeitschrift für d. Ophthalmologie*, Heildelberg et Leipzig, 1837, p. 50. Un homme de 40 ans, grand buveur, obèse, hémorrhoïdaire, goutteux, fut trouvé porteur d'une cataracte molle, capsulo-lenticulaire dans les deux yeux, plus mûre à l'œil droit qu'à l'œil gauche, avec intégrité apparente du reste de l'œil. Le malade distinguait seulement le jour de la nuit et le contour des grands objets. Ne pouvant opérer immédiatement son malade à cause des douleurs goutteuses qu'il avait dans les différentes parties du corps, le Dr Warnatz se borna à lui conseiller un régime sévère. Un an après, au mois de janvier 1835, Warnatz revit ce malade et fut étonné de l'amélioration des yeux : la cataracte était résorbée de la périphérie vers le centre, de sorte qu'il ne restait qu'un peu d'opacité grosse comme une tête d'épingle ayant l'aspect d'une cataracte centrale, tandis que les autres parties du cristallin étaient claires et pures. Dans l'œil gauche, le même processus s'était produit, mais il restait encore une strie, allant du centre à la périphérie. L'acuité visuelle s'était, d'ailleurs, fortement améliorée et le malade lisait facilement les gros caractères.

L'autre malade de Warnatz est une femme de 50 ans, hystérique et goutteuse, qui depuis 1832 avait une légère opacité dans l'un des cristallins (l'auteur ne dit pas lequel), en même temps qu'une choroïdite et une rétinite sur laquelle il n'y a pas plus de détail. A l'automne suivant, la cataracte s'était formée sur les deux yeux, mais l'auteur lui conseilla de ne pas se faire opérer, à cause de sa choroïdite, de sa rétinite et de sa dyscrasie goutteuse. Le traitement consista en larges cautères sur les deux bras, sangsues derrière les oreilles et laxatifs salins. Un mois après ce traitement, une résorption de la cataracte était déjà manifeste ; de jaune blanchâtre qu'elle était d'abord, elle était devenue laiteuse, molle et sa résorption se faisait en forme d'étoile, c'est-à-dire se cassant en plusieurs morceaux ; six mois après, toute opacité avait disparu et les pupilles étaient claires et pures comme elles le sont à l'état normal. L'acuité visuelle s'améliora, mais la malade restait myope et elle était forcée de se servir de lunettes.

Cette observation manque de quelques détails nécessaires pour nous permettre de juger s'il s'agit simplement ici, comme c'est probable, de résorption d'une cataracte, avec disparition du cristallin par conséquent, ou d'éclaircissement d'un cristallin conservant sa forme et ses fonctions.

De même je ne fais que rappeler ici les trois cas d'éclaircissement spontané de la cataracte sénile, sans lésion de la capsule et avec retour de la vision, rapportés par Brettauer de Trieste au congrès d'Heidelberg en 1885. Il s'agissait dans ces cas de liquéfaction du cristallin avec production de nombreux cristaux de cholestérine ; c'était une résorption du cristallin et non la *restitutio ad integrum* comme dans mon cas.

Toutes les observations antérieures à la découverte de l'ophthalmoscope et des moyens rigoureux d'exploration dont nous disposons aujourd'hui laisseront for-

(1) *Journal de médecine de Paris*, 6 septembre 1896, p. 430.

ment planer des doutes ; mais il reste assez de faits our que l'on soit obligé d'admettre que, dans des cas xtrêmement rares, la cataracte puisse guérir sponta- ément.

Ces faits de guérison, ou plutôt d'amélioration plus u moins grande d'une cataracte, ne sont peut-être pas ussi rares qu'on le suppose. Il nous arrive assez sou- ent de voir des malades dont les opacités restent uinze ou vingt ans stationnaires. Il nous arrive sou- ent aussi de voir des malades qui reviennent à longs ntervalles pour des cataractes en voie d'évolution et ui, loin de trouver que leur vue baisse, affirment u'elle s'améliore au contraire ; si nous faisons lire ces alades, nous constatons une amélioration réelle ; dans os échelles typographiques, ils lisent des caractères plus ns que la fois précédente. Nous attribuons cela 'habitude à une question d'éclairage et de dilatation upillaire, ou nous pensons que notre cataracté a ppris à mieux se servir de son œil tel qu'il est. Il est ien possible que dans un certain nombre de ces cas l y ait une amélioration réelle, c'est au moins une uestion à étudier.

Les observations déjà publiées de guérison spontanée le la cataracte ont trait à des diabétiques et à des outteux. Mon malade le Dr D. est-il diabétique ? La lernière analyse des urines, faite il y a une dizaine l'années, mentionne la présence d'albumine, qui prove- ait sans doute de la vessie elle-même, et ne fait aucune llusion au sucre. Rien dans l'état général ne permet le supposer qu'il y ait actuellement de la glycosurie. Ce n'est certainement pas une preuve suffisante, mais n'ayant pas à opérer, je n'ai pas demandé de nouvelle nalyse des urines, ayant quelque scrupule à jeter eut-être le trouble dans l'esprit d'un très honorable confrère qui, jouissant en repos d'une très verte et très elle vieillesse, ne tient pas à savoir si quelques maux e menacent.

Cette constatation n'ajouterait rien d'ailleurs à ce ue nous savons. La pathogénie de la cataracte sénile ous est encore inconnue et des faits comme celui que 'apporte ne peuvent avoir que la prétention de fournir n nouvel élément à la recherche de l'étiologie de cette ffection.

REVUE DE LA PRESSE

De l'endocardite traumatique. LITTEN. (*Deutsche nediz. Zeitung* n° 46.) — Sous le nom d'endocardite raumatique, Litten a étudié les cas dans lesquels l'en- locarde est le siège de diverses lésions traumatiques provoquées indirectement par les traumatismes qui tteignent le thorax, sans produire des lésions appa- entes de la peau. A la suite des accidents de cette nature, l'endocarde présente des déchirures, des dé- ollements et des hémorragies sous-séreuses. Ces points lésés constituent des voies d'appel pour les germes pathogènes contenus dans le sang. Les micro-organismes y produisent une inflammation végétante ou septique.

La réalité de ces endocardites traumatiques, très intéressantes au point de vue médico-légal, est démontrée par l'expérimentation et par l'autopsie des cas observés. Litten laissant de côté les cas d'endocardite septique, laquelle n'est qu'un épisode de l'infection générale, s'est demandé s'il y a une endocardite simple aiguë ou subaiguë consécutive au traumatisme. Il a eu l'occasion d'observer un cas qui résout la question. Un jeune homme qui faisait son service militaire dans la cavalerie reçut un jour un coup de pied de cheval au côté gauche de la poitrine.

A l'hôpital, on constata des signes d'endocardite puis le patient sortit après avoir été reconnu impropre au service pour quelque temps. Plus tard il fut réformé en raison de la persistance de la lésion cardiaque. Litten constata un bruit systolique à la pointe du cœur et une dilatation du ventricule droit. Au niveau de l'aorte, il existait aussi un bruit de souffle dû à l'aortite traumatique.

Dans deux autres cas, des chocs portant sur la poitrine furent suivis plus tard de tous les symptômes d'une affection cardiaque, dyspnée, angoisse précordiale, palpitations, douleurs irradiées dans l'épaule gauche, souffles cardiaques, Ritter, Albutt, Stern ont noté des cas d'affection cardiaque consécutive à des coups sur le thorax ou à des chûtes.

Peacock en 1865 avait réuni 17 cas, et Groning en 1895, 14 cas de déchirure traumatique des valvules aortiques.

Les déchirures peuvent atteindre des valvules saines ou des valvules déjà malades. Dans ce dernier cas une faible violence suffit pour amener ce résultat. Les phénomènes de l'insuffisance sont très prononcés et le bruit systolique s'entend parfois à distance.

Les patients deviennent subitement impotents à la suite de ces déchirures valvulaires. C'est surtout l'insuffisance aortique qui devient grave, le patient succombe à l'insuffisance cardiaque avant que l'hypertrophie compensatrice ait eu le temps de se développer. L'insuffisance mitrale causée par la rupture des cordons tendineux est moins grave, les phénomènes sont moins accusés, mais se montrent toujours avec une certaine brusquerie après l'accident.

En résumé d'après Litten, l'endocardite traumatique peut se développer sans lésion extérieure apparente, elle donne parfois lieu à une lésion valvulaire chronique qui guérit très difficilement. L'endocardite traumatique peut prendre un caractère infectieux, enfin le traumatisme peut produire une déchirure valvulaire.

Au point de vue médico-légal, il importe peu que les valvules aient été ou non malades auparavant.

L. J.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 28 juin 1897. — Présidence de M. Chatin.

Sur le psoriasis ; ses rapports avec la syphilis. — M. F. Bouffé. J'ai l'honneur de communiquer à l'Académie les résultats de mes recherches sur le psoriasis dans ses rapports avec la syphilis.

Déjà, dans des communications antérieures, aux Congrès de Caen, de Lyon, de Bordeaux (1894 et 1895), j'ai établi l'origine nerveuse du psoriasis, et sur des photographies prises avant le traitement, pendant celui-ci et après la guérison, j'ai démontré l'efficacité de la méthode que j'ai instituée, en m'attaquant directement au système nerveux, que j'envigorai par la voie des injections intra-musculaires d'*orchitine* (liquide testiculaire) à doses progressivement croissantes de 10 cc. à 20 cc. *pro die*, les seules vraiment efficaces et capables de vaincre le psoriasis.

Le grand nombre de malades que j'ai pu suivre pendant ces dernières années et qui ont été guéris par ma méthode (74,75 p. 100), c'est-à-dire sans avoir présenté de récidive depuis deux, trois et quatre ans qu'ils sont guéris, alors qu'auparavant ils ne passaient guère six mois sans présenter une poussée, et que d'autres étaient depuis des années, trois, six, huit, dix, vingt ans et plus (trente-huit dans un cas) couverts de psoriasis quand ils me sont venus, m'autorisent à considérer l'orchitine comme le remède de choix dans les affections cutanées d'ordre nerveux, et comme le plus puissant modificateur connu, à l'heure actuelle, contre certaines infections microbiennes telles que la *lèpre*, où elle donne les résultats les plus encourageants, en relevant l'état de la nutrition nerveuse et en s'opposant, par suite, à la pullulation du bacille de Hansen, ce qui permet d'obtenir la guérison d'une maladie réputée incurable jusqu'ici (voir ma Note à l'Académie des Sciences, 13 juillet 1896).

Ces faits de première importance rappelés, je désire, dans cette Note, soumettre à l'Académie quelques particularités observées sur certains malades, au cours du psoriasis.

C'est ainsi que la syphilis et le psoriasis peuvent coexister chez le même sujet ; mais le psoriasis masquera presque constamment la syphilis, la comprimera en créant une sorte d'*état latent* de la syphilis, dont l'évolution sera retardée jusqu'à la disparition du psoriasis.

La syphilis éclate alors, affectant une forme sévère, grave parfois, à allures rapides, comme je l'ai constaté dans deux cas, les sujets ayant tendance à tout rapporter au psoriasis et niant, de bonne foi, une syphilis pour laquelle ils ont consulté des spécialistes, et qui n'a pas été diagnostiquée telle, comme je l'ai observé dans deux circonstances.

L'un de ces deux sujets était syphilitique depuis douze ans. Fort du diagnostic posé, vu qu'il n'avait pas la syphilis, il ne s'inquiéta pas d'accidents tertiaires, tels que le rupia, dont ses jambes étaient affectées, après la disparition de son psoriasis, et ce n'est qu'en présence d'une perforation du voile du palais que la syphilis fut reconnue par le médecin précédemment consulté.

L'erreur étant possible, il m'a paru nécessaire d'appeler l'attention sur cette modalité du psoriasis compliqué de syphilis.

Existe-t-il des signes objectifs qui permettent de diagnostiquer à laquelle des deux affections l'on a affaire ? On a cherché à rattacher à la syphilis les formes circinées et la couleur *jambon* de l'éruption cutanée. Sans nier la valeur de ces symptômes qui est réelle, nous croyons bien plus à l'importance du siège des lésions cutanées qu'on rencontre dans la syphilis, de préférence à la face, à la tête, au cou, quelquefois sur la poitrine, sous les clavicules ; d'autres fois sur les membres inférieurs, où l'on observe du rupia, notamment aux extrémités palmaires ou plantaires ; à l'absence de symétrie de l'éruption, plus particulière à la syphilis dans laquelle le teint est bistré, à la dépression des forces, tous caractères qui n'existent pas dans le psoriasis.

Il existe un autre *caractère différentiel* important révélé par l'*étude du sang*, lequel laisse voir, sous le microscope dans la *syphilis* des spores et une leucocytose, alors qu'on rencontre dans le psoriasis des *cellules éosinophiles*, dont le nombre est augmenté au point d'être parfois *quadruplé* comme je l'ai signalé dans ma première Communication (Caen, 1894).

On rencontre également, dans une certaine forme de psoriasis que j'ai appelée *lymphatique*, de la leucocytose ; mais cette forme se reconnaît à un ensemble de symptômes tels que le tempérament lymphatico-nerveux, la longue durée des accidents qui récidivent sans cesse, et enfin la résistance qu'elle oppose pendant un certain temps, même à l'orchitine appliquée à hautes doses ; 30 gr. *pro die*, en une circonstance, injectés régulièrement, ne m'ont donné de résultats qu'après six mois ; et dans un autre cas, *onze mois* d'injections ont été nécessaires pour vaincre le psoriasis.

Enfin, lorsque au cours du traitement d'un psoriasis, on voit, après la diminution marquée de l'éruption cutanée, c'est-à-dire l'atténuation du psoriaris, survenir une période où, malgré l'augmentation des doses, la maladie reste stationnaire d'abord ; puis procéder par légères poussées qui augmentent graduellement ensuite (le siège des lésions affectant de préférence les surfaces indemnes jusque-là : face, cou, jambes, etc.) on doit soupçonner la syphilis, et instituer un traitement énergique *ad hoc*, non par l'iodure qui est insuffisant, mais avec le mercure, les accidents se succédant parfois avec une rapidité qu'il faut combattre d'autant plus vite que la situation est grave et que le malade souvent désespéré est sur le point, comme je l'ai constaté, d'abandonner tout traitement.

Conclusions. — 1° Le psoriasis est justiciable, dans tous les cas, de l'orchitine ;

2° La durée des injections d'orchitine sera, *en moyenne*, de trois mois environ.

3° Dans le cas de psoriasis compliqué de syphilis on devra toujours commencer par l'orchitine, le psoriasis non guéri comprimant la syphilis et la masquant.

4° Il y a intérêt à débarrasser l'organisme du psoriasis, afin de traiter la syphilis.

5° Les injections intra-musculaires de sels mercuriques, suivies de l'administration de l'iodure de potassium, à la dose de 3 gr. à 6 gr., et 9 gr. dans les cas graves, donnent, après une cure par l'orchitine, les meilleurs résultats.

6° Les malades ainsi traités (orchitine, puis injections mercuriques et ensuite préparations iodurées), guérissent constamment.

7° Nous n'avons pas constaté de récidive chez les malades guéris, c'est-à-dire chez ceux qui avaient suivi un traitement d'une durée suffisante.

M. Charles Chardin adresse une note relative à un traitement, par l'ozone, du cancer et de plusieurs maladies infectieuses.

Les nerfs du cœur et la glande thyroïde. — M. de Cyon. Dans un mémoire communiqué, en 1870, à l'Académie des Sciences de Saint-Pétersbourg, sur le nerf dépresseur du cheval, j'avais attiré l'attention sur une troisième racine de ce nerf, qui forme anastomose avec le ganglion cervical supérieur (1).

Je me proposais alors d'examiner la destination physiologique de cette racine et d'étudier également, à cette occasion, le rôle d'une autre racine du même nerf qui provient du nerf laryngé supérieur. Je viens tout récemment d'entreprendre cette étude par une série d'expériences faites sur le lapin, le chien et le cheval, dont voici les principaux résultats acquis :

1. L'excitation de la troisième racine du nerf dépresseur qui communique avec le ganglion cervical supérieur provoque une diminution de la pression artérielle, *accompagnée, le plus souvent, d'une accélération des battements du cœur*, surtout *si les deux pneumogastriques* sont préalablement sectionnés. En même temps, se produit un léger mais persistant rétrécissement des deux pupilles.

2. La racine du nerf dépresseur qui provient du laryngé supérieur (la plus forte chez les lapins) sert à mettre le cœur en communication directe avec la glande thyroïde et permet au cœur d'intervenir dans le fonctionnement de cette glande. Très probablement, les fils cardiaques du laryngé inférieur ont la même destination physiologique.

3. L'iodothyrine de Baumann, introduite dans la circulation du sang, exerce une action prononcée sur les nerfs du cœur et des vaisseaux, et particulièrement sur le fonctionnement des nerfs dépresseurs.

Dans certaines phases de cette action, l'excitation du nerf dépresseur provoque parfois une si forte baisse de la pression sanguine, que l'animal succombe par l'impossibilité pour le cœur de faire remonter cette pression.

En résumé, mes nouvelles recherches démontrent l'existence, dans le nerf dépresseur, en dehors des fibres nerveuses centripètes déjà connues, encore d'autres susceptibles d'agir par voie réflexe sur les nerfs accélérateurs et l'appareil oculomoteur, et par voie directe sur les glandes thyroïdiennes. *Cette diversité de fonctions physiologiques du nerf dépresseur, ainsi que l'influence réciproque que le cœur et la glande thyroïdienne peuvent exercer l'un sur l'autre par l'intermédiaire de ce nerf, permettent d'expliquer les principaux symptômes de la maladie de Basedow*, le goître, l'exophtalmie, les symptômes du côté du cœur ainsi que la diarrhée persistante (paralysie des nerfs splanchniques), par les diverses actions qu'exerce le dépresseur sur le système du grand sympathique.

Dans bien d'autres affections de la glande thyroïde, dont l'origine peut être attribuée principalement au surmenage du cœur, les désordres dans le fonctionnement du nerf dépresseur doivent jouer un rôle prépondérant.

Je reviendrai plus longuement sur ces questions pleines d'intérêt dans l'exposé détaillé de mes recherches.

Mes expériences ont été exécutées dans le laboratoire de Physiologie du professeur Kronecker, à Berne ; celles faites sur le cheval dans l'école vétérinaire de cette ville, dirigée par M. Berdez.

(1) Voir mes *Gesammelte physiologische Arbeiten*, p. 127; Berlin, 1888.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 juillet 1897. — Présidence de M. Caventou.

Cure radicale des hernies inguinales. — M. Lannelongue. — Le 8 juillet 1896, j'ai présenté à l'Académie de médecine quelques sujets atteints de hernie inguinale guéris par la méthode des injections au chlorure de zinc. Les cas étaient alors trop récents pour pouvoir apprécier la valeur du procédé.

Je reviens, comme je l'avais promis à l'Académie, lui montrer les anciens opérés en y ajoutant les cas nouveaux.

Les sujets qu'on doit opérer n'ont besoin d'aucune préparation et la technique que j'ai rendue plus précise depuis l'an dernier est à la portée d'un très grand nombre de praticiens. Les suites sont simples, le seul pansement qu'on applique est enlevé le troisième jour et les malades se lèvent en moyenne au bout d'une semaine ; sur 51 opérations je n'ai eu aucun accident.

La méthode a pour but de remplir deux conditions nécessaires à la cure radicale de toute hernie :

1° Boucher par un tissu de cicatrice et de remplissage le trajet et les orifices de la hernie. 2° Obtenir l'oblitération du sac herniaire aussi haut que possible. Les faits cliniques indiquent que ces conditions sont remplies par le procédé nouveau.

51 sujets ont été soumis au traitement ; on doit les diviser en deux groupes : 1° les jeunes sujets jusqu'à 20 ans. 2° Les adultes jusqu'à 60 et au-delà.

1° *Jeunes sujets depuis 4 mois jusqu'à 20 ans.* — 44 opérés. Il y a 41 guérisons persistant : les unes depuis plus d'un an, les autres depuis plus de six mois, et les autres enfin sont comprises entre trois semaines et six mois ; sur les 3 échecs, l'un, le premier de tous les opérés, avait été insuffisamment injecté, on l'a traité de nouveau, et il est guéri ; l'autre est un cas de hernie insolite, auquel la méthode sclérogène ne doit pas être appliquée. *Le troisième est une grosse hernie scrotale chez un sujet presque imbécile* qui s'est levé le lendemain et les jours suivants.

2° *Adultes.* — Il y a eu 7 opérations chez 5 adultes ; 3 adultes ont eu des hernies doubles. Les 2 adultes ayant des hernies de volume moyen et âgés de 33 ans (femme) et de 49 ans homme) sont bien guéris.

Chez les 3 sujets de Bicêtre, atteints de grosses hernies doubles dans de mauvaises conditions, il y a eu une récidive d'un côté et une guérison de l'autre.

Traitement du mutisme chez l'enfant entendant. — M. Grancher. Le Mémoire du professeur Boyer, que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie de Médecine, traite du *Mutisme chez l'enfant qui* entend, question dont la solution n'a pas été bien établie jusqu'ici et qui embarrasse le plus souvent les médecins auxquels vont s'adresser tout naturellement les familles dans des cas de ce genre.

Comme il s'agit ici d'un cas de guérison, j'ai cru qu'il serait intéressant de faire connaître les heureux résultats obtenus par M. Boyer, en indiquant succinctement la méthode suivie par ce professeur avec la pensée de mettre ainsi les médecins à même de renseigner utilement les familles dans des cas de cette nature.

Bien des auteurs se sont occupés de la question de *l'aphémie*, c'est-à-dire du mutisme survenant *accidentellement*

chez *l'adulte* par suite d'une lésion cérébrale et sans qu'il y ait altération des appareils auditif et phonateur.

Mais le cas, pourtant assez fréquent, du *Mutisme chez l'enfant* ENTENDANT, (mutisme le plus souvent CONGENITAL), n'a pas encore suffisamment appelé l'attention.

Des auteurs tels que Gall, Hufeland, J. Franck, Vaïsse, Bateman, Ladreit de Lacharrière. Bastian, J. Renaut, Preyer Désiré Bernard, ont bien rapporté des exemples d'enfants *muets* quoique *entendants*.

Tout dernièrement encore (1896) M. le Dr Lavrand faisait une communication à ce sujet à la *Société francaise d'Otologie et de Laryngologie* et signalait la fréquence de cette infirmité.

Mais pour la première fois, nous trouvons, dans l'ouvrage de M. Boyer, une étude sur les *causes* et surtout sur le *traitement* de cette espèce de mutisme.

Voici le résumé de l'observation relatée par le professeur Boyer.

Il s'agit d'un jeune garçon de 10 ans, admis en 1894 à l'Institution Nationale des sourds-muets de Paris. Cet enfant, quoique doué d'une ouïe normale, ne s'exprimait que par des sons inintelligibles et au moyen des gestes naturels.

Déjà, à diverses reprises, des enfants de cette nature avaient été admis à l'Institution Nationale des sourd-muets et bien que ces sujets *entendissent parfaitement*, on s'était borné à leur apprendre le langage mimique des sourds-muets ainsi que le langage écrit.

A l'enfant qui nous intéresse, M. Boyer entreprit de rendre la parole et en deux ans il a réussi à le faire parler nettement et correctement et à développer ses facultés intellectuelles.

C'est par un traitement purement *fonctionnel*, par une méthode exclusivement *éducative* et basée sur les principes physiologiques de la fonction verbale, que M. Boyer est parvenu à restaurer chez son élève la parole qui se développe *seule* chez l'enfant ordinaire.

Les procédés employés par M. Boyer sont décrits dans son Mémoire. Nous dirons toutefois que le traitement consiste dans l'éducation de l'appareil phonateur et notamment des organes articulatoires (lèvres, langue, mâchoire, voile du palais...)

L'alphabet *phonétique* de notre langue se composant de 30 sons élémentaires, il s'agit d'apprendre au jeune muet à reproduire les positions et les mouvements exécutés par les organes vocaux pour la production de ces 30 sons. (De même que pour savoir écrire il suffit d'apprendre à tracer les 25 caractères de notre alphabet *graphique*).

Sous l'influence d'une gymnastique spéciale, raisonnée, les muscles articulatoires s'éduquent, les centres moteurs d'articulation sortent de leur inertie.

Le jeune muet acquiert ainsi, par l'effet d'une éducation spéciale, *la parole* qu'une lésion cérébrale ne lui a pas permis d'apprendre *seul*, par simple imitation, dans sa prime enfance.

Il est à noter que l'élève de M. Boyer était d'une intelligence plutôt faible. Aussi peut-on prévoir que la méthode qu'il a suivie donnera des résultats d'autant meilleurs avec des enfants assez bien doués intellectuellement.

Il est à souhaiter que la méthode employée par M. Boyer soit vulgarisée, qu'elle soit appliquée dans les cas de mutisme de cette nature et que la parole soit ainsi rendue à des enfants qui, en somme, sont des êtres complets et qui ne souffrent que d'une torpeur cérébrale qu'il est possible de vaincre par un traitement approprié.

Nature et traitement du goitre exophthalmique. — M. ABADIE. La théorie thyroïdienne a eu des conséquences désastreuses. Les interventions sur le corps thyroïde ont donné lieu à une mortalité considérable.

M. Abadie a substitué à cette théorie celle de l'excitation permanente du sympathique cervical. Dans tous les cas où la résection du sympathique cervical a été pratiquée, le goitre et l'exophthalmie ont rétrocédé. Quand on fait une thyroïdectomie partielle, on est forcé de tirailler les filets du sympathique et de laisser dans la plaie des fils qui les excitent, d'où les accidents causés par cette opération. D'autre part, tous les chirurgiens qui ont fait cette opération ont vu des hémorrhagies formidables causées par une énorme dilatation des vaisseaux. En coupant le grand sympathique cervical entre le ganglion cervical supérieur et le ganglion cervical moyen, on fait, au contraire, cesser cette dilatation des vaisseaux. La simple section suffit pour faire disparaître les phénomènes morbides causés par la dilatation excessive des vaisseaux.

Il faut donc s'abstenir de toucher au corps thyroïde, les opérations faites sur ce corps n'ont donné aucun succès; elles n'ont rien donné quant à l'exophthalmie et la tachycardie et n'ont pu que diminuer le volume du goitre, ce qui prouve encore l'absence de relation entre les deux ordres de phénomènes.

Après la section du grand sympathique cervical, l'exophthalmie diminue mais ne disparait pas complètement, parce qu'un certain nombre de filets nerveux qui viennent rejoindre le ganglion cervical supérieur au-dessus de la section échappent à cette section.

Dans les cas de goître ordinaire, non exophthalmique, il n'y a de même aucun avantage à toucher au corps thyroïde; l'intervention n'est justifiée que dans les tumeurs proprement dites, indépendantes de la glande elle-même.

A 4 h. 40, la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 juillet 1897. — *Présidence de* M. DEBOVE.

De la présence du tétragène dans le liquide de certaines pleurésies. — MM. FAISANS et LE DAMANY. Jusqu'ici on n'a trouvé le tétragène qu'à l'état de saprophyte ou bien dans des suppurations locales ou des pyohémies. Les auteurs ont trouvé un tétragène virulent dans le liquide séro-fibrineux de deux pleurésies tuberculeuses. Dans une troisième observation, chez un malade atteint de pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse, s'accompagnant de phénomènes généraux particuliers avec fièvre continue très élevée, ces auteurs ont trouvé le liquide pleurétique stérile, mais, dans le sang, ils constataient la présence du même microbe.

Dans un quatrième cas, où il s'agissait d'une infection d'allures singulières, angine, arthropathies, érythème polyforme avec broncho-pneumonie et pleurésie séro-purulente, ils trouvèrent le tétragène dans le liquide pleurétique. Il s'agissait, dans ce cas, soit d'une infection par le tétragène, soit d'une grippe avec tétragène saprophyte surajouté.

M. CHAUFFARD. Nous savions déjà que le tétragène est

usceptible de produire une infection analogue à celle qui a été décrite par les auteurs dans une de leurs observations, mais, ce qui est étonnant, c'est la constation qu'ils ont faite de la présence du tétragène dans l'exsudat de plusieurs pleurésies séro-fibrineuses tuberculeuses. On sait en effet que la formule admise pour ces pleurésies est la suivante : inoculation positive, ensemencement négatif. Aussi sommes-nous étonnés de voir que, plusieurs fois de suite, l'ensemencement a été positif entre les mains de MM. Faisans et Le Damany. Si j'émets ce doute, c'est que j'ai constaté le grand pouvoir de diffusion du tétragène dans les laboratoires, c'est un microbe presque aussi envahissant que le subtilis et contre lequel les bactériologistes ont beaucoup de peine à défendre leurs cultures : il y a donc là donc là une cause d'erreur possible.

M. Achard. J'ai observé récemment un cas de pyohémie tétragénique, dont l'observation a été publiée à la Société anatomique par mon interne M. Castaigne. Depuis lors une observation m'a été communiquée par M. Déléard dans laquelle une broncho-pneumonie aiguë était due au tétragène.

Il semble donc que les infections par le tétragène ne sont pas aussi exceptionnelles qu'on l'a pensé jusqu'ici.

Hernie du poumon consécutive à la pleurotomie. Guérison. — M. Galliard. On a signalé la pneumocèle consécutive à l'opération d'Estlander. Personne ne l'a considérée jusqu'ici, d'après mes renseignements, comme pouvant succéder à la pleurotomie simple, sans résection costale.

Un homme de 43 ans, admis dans mon service, le 27 novembre 1895, pour une pleurésie droite, d'abord séro-fibrineuse, puis purulente, subit, le 18 décembre, la pleurotomie postéro-latérale dans le 1er espace. Drainage, pansement iodoformé.

Le 8 janvier 1896, je supprime le drain. La cicatrisation s'effectue rapidement.

Le 19 janvier, la réparation cutanée est complète. Examinant la cicatrice, je la vois soulevée à chaque secousse de toux par une tumeur ovoïde de la grosseur d'une noix, molle, non pulsatile, non crépitante. Il s'agit d'une pneumonie réductible.

Je fais appliquer un bandage à ressort, avec pelote, absolument comme pour l'entérocèle. Cet appareil a été porté pendant plusieurs mois. J'ai revu le sujet en mars 1897; il était complètement guéri.

Bactériologie des angines membraneuses. — M. H. Barbier. L'intéressante communication de M. Lemoine ne soulève pas seulement des questions d'un pur intérêt dogmatique, mais me paraît avoir une question pratique des plus intéressantes, particulièrement en ce qui concerne la séparation d'avec la diphtérie des angines blanches et des laryngites avec sténose, dues à d'autres micro-organismes.

Cette recherche comprend : 1° la réparation clinique et bactériologique des angines et des laryngites septiques à streptocoques, à staphylocoques, etc.;

2° La question de nature des angines à bacilles courts qui, si leur nature extra-diphtérique était démontrée, rentreraient dans le cadre des précédentes;

3° L'étude des infections simultanées dans le cours de la diphtérie, c'est-à-dire des associations microbiennes qui modifient certainement le tableau clinique, qu'elles soient contemporaines de la diphérie ou postérieures à celle-ci. Il y a là des causes d'insuccès thérapeutiques qui certainement ne sont pas attribuables au serum.

Mais pour avoir, dans ces recherches, des résultats précis et comparables, il faut être d'accord sur la technique bactériologique et sur la valeur des expressions employées pour exprimer un état morbide particulier.

Les recherches que j'ai entreprises sont justifiées par la technique suivante :

1° L'*ensemencement* se fait dans des milieux différents, serum et gélose, avec la fausse membrane et aussi avec d'autres produits morbides, exsudats muco-purulents séreux. Cet examen se fait non seulement à l'entrée du malade, mais aussi dès qu'un phénomène morbide nouveau se montre : dans les autopsies nous faisons toutes les investigations bactériologiques nécessaires;

2° L'*examen des cultures* doit se faire au bout de vingt-quatre heures au plus tard; il faut noter la confluence des cultures réciproques, ce qui, toutes choses égales d'ailleurs, se rapproche le plus possible de la réalité pathologique ; puis, examen sur lamelles au Gram ;

3° Pour rechercher la *virulence*, nous inoculons proportionnellement au poids du cobaye, avec une culture pure de 48 heures sur bouillon. Ayant comme type de virulence un bouillon de bacilles de Lœffler, identique expérimentalement, tuant le cobaye en un jour, nous établissons la virulence par une série de fractions 1/3, 1/5, 1/10 selon que le cobaye inoculé succombe en trois, cinq ou dix jours et par le signe qui en mathématique représente l'infini quand il survit.

4° Ces examens donnent la notion de *présence*, et celle de *virulence* des microbes. Rien de plus. Il ne faut pas, comme M. Variot semble l'avoir fait, en tirer des abstractions pronostiques et diagnostiques, et y trouver la notion d'*associations microbiennes*.

Peut-être ce terme n'est-il pas assez précis; il faut réserver l'expression de *simultanéité de présence* de tel ou tel microbe quand plusieurs existent dans les cultures. Mais ce n'est pas là l'*association microbienne*, celle-ci est plus que cela, elle indique une symbiose de plusieurs bactéries infectant ensemble un organisme, exaltant peut-être réciproquement leur virulence. C'est donc, par ce caractère, plus encore qu'une complication. Or, la bactériologie donne bien la notion de présence et de virulence; seule la clinique donne, dans chaque cas particulier, celle d'association, et cela, précisément, grâce aux données bactériologiques qui mettent le clinicien dans les conditions de l'observation expérimentale la plus rigoureuse.

La clinique et la bactériologique s'entr'aident donc, mais la clinique doit pour cela minutieusement observer et noter les moindres symptômes objectifs, et les modifications, favorables ou non, qui altèrent le type clinique de l'entrée, il faut qu'elle compare ce tabjeau morbide avec les lésions que provoque mutuellement chacun de ces mêmes microbes isolé, inoculé à l'état de pureté. L'anatomie pathologique, dans les cas malheureux, doit compléter les résultats bactériologiques.

La diphtérie à l'hopital Trousseau en 1896. — M. Variot. Sur 1.502 malades, 1.087 ont été reconnus diphtériques. Tous ont reçu des doses variables de serum. Sur ces 1.087 enfants, 166 sont morts, soit une mortalité totale de 15,27 p. 100. En 1895, la mortalité était de 15,54 : on peut remarquer combien le chiffre de la mortalité reste fixe dans un

même service, en employant les mêmes moyens thérapeutiques, serums, tubage et trachéotomie, quand le tubage est insuffisant.

L'intervention ne doit pas être trop précoce dans le croup : quand on emploie le serum antidiphtérique, bien souvent des phénomènes de spasme glottique disparaissent assez vite après l'injection de serum. Sur 313 cas où l'intervention fut pratiquée, nous eûmes 116 morts, soit 37 p. 100.

La trachéotomie chez les enfants traités par le serum ne donne pas une mortalité supérieure à celle du tubage.

Lévulosurie. — M. Bécière rapporte un cas analogue à ceux que MM. P. Marie et H. Robinson ont décrit dans la dernière séance de la Société : syndrome clinique et urologique constitué par un état mélancolique avec insomnie et impuissance chez les diabétiques lévulosuriques.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VII^e^ ARRONDISSEMENT

Séance du 27 avril 1897. — Présidence de M. Leroux.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

La correspondance comprend une lettre de démission de M. Pinel de Maisonneuve, qui ne peut assister aux séances. — Acceptée.

M. Natier communique un cas de **Polype muqueux des fosses nasales d'un volume extraordinaire.**

M. Le Bec donne lecture d'un travail sur l'**Inefficacité d'un ordre de médecins** (v. ci-dessous, p. 442).

M. Tolédano, en réponse à la communication de M. Le Bec lit les principaux passages d'un mémoire de M. Dignat, qui s'efforce de refuter les objections faites à la création de cet ordre.

M. Le Bec. Je connais ce travail, mais je répète que, s'il n'y a pas un moyen absolu d'interdire l'exercice de la médecine à ceux qui ont démérité, tout projet de ce genre est illusoire.

M. Tolédano. On a encore agité cette question à la réunion du Conseil général des Sociétés d'arrondissement, mais on n'a rien tranché d'autant que quelques membres étaient ébranlés par les arguments formulés par M. Le Bec dans une communication orale.

La séance est levée.

Un des secrétaires annuels : L. Monnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 juillet 1897. — Présidence de M. E. Delens.

Traitement du cancer du rectum. — M Marchand. Les récidives du cancer se produisent dans la cicatrice mais très exceptionnellement sinon jamais il n'y a de récidive ganglionnaire.

M. Quénu. Cela est vrai lorsque la récidive se fait dans la cicatrice, mais je ne peux accorder l'intégrité des ganglions lymphatiques et toujours il y a des adénopathies cancéreuses.

Hystérectomie abdominale totale. — M. Reclus. Le procédé de Doyen que j'ai essayé dix fois m'a paru le plus élégant et le plus facile. Je n'ai pas à le décrire mais je ne puis que dire que je lui ai reconnu tous les avantages que lui a reconnus l'auteur.

Faut-il oui ou non faire l'hémostase provisoire? M. Doyen dit non. — Je crois la question sans importance — j'entends dans les cas ordinaires et non dans les cas d'utérus gravide, par exemple.

La plupart des auteurs, après l'ablation de la tumeur, insistent sur la nécessité de fermer les lésions du vagin. Je crois la fermeture du péritoine faite par l'hémostase. Quant au vagin, je le laisse largement ouvert et je crois qu'il y aurait danger dans nombre de cas de le fermer.

Je pense aussi qu'il faut substituer les ligatures au catgut aux ligatures à la soie. Celles-ci peuvent persister dans le vagin pendant longtemps, ce qui n'arrive pas avec le catgut.

Dans les huit cas de fibrômes que j'ai opérés par le procédé de Doyen, la guérison s'est faite dans d'excellentes conditions et sans incidents Je n'ai, dans aucun cas, fermé le vagin.

L'hystérectomie abdominale totale me paraît une excellente opération, les résultats sont excellents et, grâce aux nouveaux procédés, elle perd de jour en jour de sa gravité.

M. Reynier. La technique de M. Richelot ne pourra rendre service dans tous les cas. Quand l'utérus est de moyen volume, tous les procédés sont faciles, mais s'il est volumineux, s'il remplit l'excavation pelvienne, la recherche des utérines devient difficile. M. Richelot nous dit bien qu'il diminue le volume de l'utérus en énucléant les fibrômes, mais cette manœuvre augmente la durée de l'intervention, donne du sang.

Dans ce procédé, le décollement de la vessie se fait de haut en bas. Il est moins facile que de bas en haut. Aussi dans ces derniers temps ai-je adopté le procédé de Doyen qui est extrêmement facile, extrêmement rapide.

Quant à l'hémostase préventive, je suis de l'avis de M. Reclus, je crois de peu d'importance qu'on la fasse ou qu'on ne la fasse pas.

Pour la fin de l'opération je suis absolument de l'avis que vient de défendre M. Reclus, je pense qu'il ne faut pas fermer le vagin. Pour les fils je pense que le catgut doit remplacer les fils de soie.

Le procédé d'hystérectomie abdominale par lésions des annexes me paraît radical. L'état des lésions n'est pas seule à contre-indiquer l'hystérectomie vaginale. Il y a aussi l'état sain de l'utérus. Il est loin d'être démontré que l'utérus sans annexes est gênant et dangereux.

C'est dans les lésions graves et suppurées que l'hystérectomie abdominale de M. Richelot doit être appliquée.

J'ai préconisé l'ablation de l'utérus de propos délibéré pour faire un drainage suffisant après l'ablation des annexes amputés, et cela au Congrès de Rome où je présentais 2 observations.

Mélanosarcôme des ganglions cervicaux. — M. Berger Un homme de 50 ans portait depuis un an et demi une énorme tumeur ganglionnaire occupant toute la région sous-maxillaire et sous sterno-mastoïdienne. La tumeur était mobile, parfaitement circonscrite. J'enlevai tous les ganglions que je pus répérer, et je fermai la plaie. La tumeur était noire et ne laissait aucun doute sur sa nature mélanique. Il y a quinze mois actuellement, et pas l'ombre de récidive. L'examen histologique a con-

mé la nature mélanique type de la tumeur ganglionnaire.

N'ayant trouvé nulle part trace de tache mélanique je is autorisé à vous présenter ce fait comme un cas peut-re unique de mélanose ganglionnaire primitive.

Cerclage de la rotule datant de vingt-trois jours. — ésentation de la malade par M. RICARD.

F. VERCHÈRE.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE LARYNGOLOGIE OTOLOGIE ET RHINOLOGIE (SESSION DE 1897).

Une variété d'abcès chroniques du voile du palais. — CARTAZ étudie dans ce travail une forme rare de suppuration chronique du voile. Il s'agit dans les deux observations qu'il publie de fistules de l'épaisseur du voile, dans prolongement des piliers, à leur point de jonction, se rigeant vers la luette à une profondeur variable. Un stylet issé par l'orifice fistuleux que l'on trouve à l'union des eux piliers, antérieur et postérieur, conduit dans une petite poche de un demi à un centimètre à parois légèrement ngueuses, d'où la pression fait sourdre un peu de pus, arfois des grumeaux caséeux, analogues à ceux que l'on tire des cryptes de l'amygdale.

Les symptômes occasionnés par cette suppuration chronique sont peu importants Les malades se plaignent de ène plutôt que de douleur et si l'attention n'est pas veillée sur ce point, s'il n'existe pas de rougeur ou de légère tuméfaction du voile à ce niveau, on a tendance à ttacher les troubles accusés à de la pharyngite chronique.

Quelle est l'origine de ces abcès fistuleux? S'agit-il d'une stule borgne consécutive à un abcès péri-amygdalien, bcès de la loge sus-amygdalienne ayant fusé du côté du oile? Est-ce, au contraire, une inflammation propagée, par une amygdalite, dans un diverticule congénital, estige du deuxième sillon pharyngien, comme la loge us-amygdalienne elle-même?

Tortual a décrit autrefois des anomalies de ce genre, andgraft en a publié récemment des exemples et M. Carz pense que les deux hypothèses, au point de vue de étiologie de ces abcès chroniques, peuvent être également invoquées suivant les cas.

MEMENTO PRATIQUE

La sauge comme agent antisudoral. — L'emploi e la sauge officinale (*salvia officinalis*) remonte à la plus aute antiquité. Dioscorides Polonius s'en servait sous orme de vin. Huit onces de feuille de sauge pour une amphore de vin cuit. Administrée de cette manière, la sauge, elon lui, calmait les peines des malades, purifiait le sang, uérissait les abcès, les plaies de mauvaise nature et régularisait les règles. Charlemagne, en 812, dans ses capulaires, fait mention de la sauge et recommande son sage; mais c'est van Swieten et Sydenham qui eurent es premiers l'occasion de remarquer l'action de la sauge ontre les sueurs profuses des convalescents de maladies aiguës et aussi contre les sueurs des phtisiques. Van Swieten la recommande également dans les galactorrhées qui persistent après l'allaitement et amènent le plus souvent chez les femmes une véritable fièvre hectique. Après être tombée dans le plus profond oubli, elle est à nouveau vantée par Trousseau et Pidoux, puis par Max Krahn (*th. Greifswald*. 1896). Ce dernier confirme les assertions de Trousseau; ayant pris successivement des doses croissantes de teinture, il s'est plaint de sueurs abondantes, de chaleur, de sécheresse dans la bouche, de soif intense. Le goût du travail n'existait plus du tout, c'était une torture que le travail intellectuel après l'ingestion d'une assez forte dose. Le pouls avait augmenté de rapidité. Les battements du cœur étaient plus fortement frappés. Il a eu aussi des sensations de vertige et même des hallucinations.

L'action de la sauge sur le système nerveux a été vérifiée expérimentalement par Cadéac et Albin Meunier. Ils rangent la sauge au nombre des substances épileptisantes au même titre que l'absinthe, l'hysope, le romarin et le fenouil, elle est deux fois plus active que l'absinthe. Comme épileptisant, elle agit sur le bulbe, car l'ablation des hémisphères cérébraux chez les animaux en expérience n'empêche pas l'accès épileptique de se produire; si l'on sectionne la moelle au-dessous du bulbe, seuls les muscles de la face se contractent. On peut dire que l'explosion convulsive est exclusivement d'origine bulbaire, la moelle ne fait que la propager. Le pouvoir toxique de la sauge est également considérable.

C'est Krahn qui a montré le premier l'action antisudorale de la sauge, Dans 38 cas où il eut recours à son emploi, principalement dans la phtisie, le rhumatisme articulaire et la leucémie; il n'eut à enregistrer que deux insuccès. La forme pharmaceutique à utiliser est la teinture à la dose de XX gouttes le matin et de XX à XXXX gouttes le soir, suivant la durée et l'intensité des sueurs nocturnes.

Combemale (de Lille) vient à nouveau de vanter cette teinture de sauge, et les résultats auxquels il est arrivé sont consignés dans la thèse d'un de ses élèves Meurisse. Nous-même avons employé depuis quelque temps, dans le service de M. Huchard à Necker, la teinture de sauge contre les sueurs nocturnes des phtisiques, et nous nous associons pleinement aux conclusions de Meurisse à savoir que l'effet de la sauge se fait sentir rapidement : deux heures environ après l'ingestion du médicament; que le bénéfice de cette action se conserve quelques jours après la suppression de la sauge.

Malgré la toxicité de l'essence de sauge, et son pouvoir épileptogène, les doses administrées n'occasionnent pas le moindre malaise. (M. DEGUY. — *Journ. des prat.*)

Le monimia rotundifolia et le boldo. — Ces deux plantes sont tellement liées par leurs caractères chimiques, physiologiques et thérapeutiques, qu'il convient de les étudier ensemble. Toutes deux renferment un alcaloïde, la *boldine*, une huile volatile et un glucoside. La boldine s'extrait des feuilles de boldo par le procédé de Bourgoin et Verne; elle existe également dans la monimia rotundifolia et en plus grande quantité, d'après de Rochebrune (*Toxicologie africaine*). Elle peut cristalliser en cristaux d'une extrême petitesse, consistant en un ensemble de très fines et très courtes aiguilles hyalines, insérées perpendiculairement sur des rachis se coupant à angle droit, don-

nant l'aspect de grandes arborescences dendritiformes, enchevêtrées dans tous les sens.

Les feuilles du monimia rotundifolia, comme celles du boldo, contiennent un glucoside appelé par Chapoteaux la boldoglucine.

D'après Sigismond Pascaletti, la boldine, par son action locale, aura une influence tant sur les nerfs périphériques que sur les muscles striés; elle diminue l'excitabilité électrique des nerfs baignés dans une solution de ce sel; en injection intramusculaire, elle paralyse les nerfs sensitifs voisins, rend les muscles rigides, diminue la tactilité et anesthésie les points périphériques de l'injection.

Comme action générale, elle excite d'abord le système nerveux central, puis l'affaiblit. Dans les cas d'intoxication, le bulbe est le dernier atteint, le centre respiratoire est le premier pris, car le cœur continue à battre longtemps après l'arrêt de la respiration. La boldine modifie la fréquence des mouvements respiratoires; la sécrétion urinaire augmente, sans production d'albumine; la température n'est pas modifiée. La boldine du monimia rotundifolia agit exactement comme celle du pneumus boldo.

La boldoglucine, d'après Juranville et Laborde, serait un hypnotique analogue à l'opium, au chloral. Laborde a observé qu'à la suite d'injections intraveineuses de cette substance chez le chien, il y avait excitation et augmentation des diverses fonctions sécrétoires, notamment de la bile, de la salive et de l'urine; de Rochebrune a observé les mêmes effets avec la boldoglucine retirée du monimia rotundifolia.

En thérapeutique, la boldine a été vantée contre les affections hépatiques, elle augmente d'une façon notable l'élimination de l'urée et la sécrétion biliaire; ses effets se traduisent d'abord par l'augmentation de cette sécrétion, dont la conséquence est la diminution de la congestion hépatique. C'est surtout dans les hypertrophies du foie, d'origine palustre, que l'alcaloïde fait sentir ses bons effets. Par leurs propriétés hypnotiques, la boldine et la boldoglucine deviennent précieuses dans les maladies du foie, toujours accompagnées de douleurs violentes.

Les procédés d'administration du boldo sont les suivantes :

Boldine en granules de 1 milligramme, 6 à 10 par jour;
La *boldoglucine*, 0,05 à 0,10 par jour (Laborde);
Le vin de boldo, de 20 à 30 grammes;
La teinture, de 1 à 2 grammes;
Les perles d'huile essentielle, 0,20 à 0,25.

On peut également donner soit du sirop, soit de l'élixir de boldo. — M. D.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Objections à la création d'un ordre des médecins (1),

Par M. le Dr Le Bec,
Chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph de Paris.

Je commence par déclarer bien haut que je me rallie entièrement au principe d'une œuvre moralisatrice capable de maintenir et au besoin de défendre l'honneur du corps médical.

Il importe que le public ne puisse pas s'habituer à penser que les hommes à qui il doit donner sa confiance soient généralement capables de commettre des actes que tous les honnêtes gens réprouvent avec la plus grande énergie!

Les défaillances qui se produisent de loin en loin nous font sentir plus vivement la nécessité de chercher et de trouver un moyen pratique, un moyen qui ne puisse pas être détourné de son but et devenir une arme de persécution, un moyen réellement efficace, capable d'arrêter sur la pente des compromissions dangereuses avec la conscience.

Pour atteindre ce but, on a proposé la création d'un ordre des médecins, copié sur le modèle de l'ordre des avocats. Puis cette idée a été attaquée en disant : ce n'est pas le moment où l'ordre des avocats tombe en désuétude qu'il est opportun de créer un ordre médical.

Je ne regarde pas cet argument comme irréfutable. Les deux professions ne sont pas comparables. L'avocat est un intermédiaire entre le plaideur et le juge; le médecin n'est pas un intermédiaire, son action est directe, intime. Les confidences restent secrètes entre le malade et lui. C'est le résultat d'une confiance absolue, et la confiance ne peut pas se commander ni se régler par une loi.

Les différents projets de règlements, celui de l'honorable Dr Dignat, que j'ai lus, sont empreints d'intentions excellentes, mais ils ne me semblent pas suffisamment à l'abri de la critique. Certains articles me paraissent destinés à manquer leur but, en raison même des difficultés que l'on rencontrera dans leur application.

Ce sont ces réflexions que je vous demande la permission de vous exposer.

Pour bien comprendre ces projets, il est utile de rappeler en quelques mots leurs points capitaux.

En 1845, un Congrès médical vota un projet établissant des collèges médicaux dans chaque arrondissement avec les pénalités suivantes : admonestation, réprimande, censure, radiation du tableau du collège médical, mais on n'osa pas toucher au droit d'exercer la médecine.

En 1884, le Dr Surmay, de Ham, présenta un projet où il demandait que nul ne put exercer la médecine en dehors de ceux inscrits sur la liste de l'ordre médical.

Les Chambres médicales devaient avoir le droit de punir et d'interdire la pratique de la médecine. C'était alors une peine extrêmement grave.

Le Dr Mougeot voulait que l'inscription sur les registres de l'ordre fut obligatoire, et il donnait également aux Chambres médicales le droit de juger leur confrère et de le priver du droit de pratiquer son art.

Malheureusement, ce dernier article fut jugé trop sévère, et un rapport du Dr de Ranes, en 1885, fit rejeter l'ensemble du projet. On objecta que pour des fautes de déontologie pure, il était inadmissible de punir un homme en le privant de ses moyens d'existence.

Cette objection a certainement sa valeur, car l'interdiction limitée ou perpétuelle n'est même pas inscrite dans le Code pénal. Il faut donc se demander si les autres moyens proposés et réduits à eux-mêmes ne sont pas destinés à être illusoires, en raison même de leur insuffisance.

Les lois civiles poursuivent et punissent les actes coupables bien définis. Elles atteignent les délits et les crimes de droit commun, mais ne peuvent rien contre les fautes

(1) Communication à la Société médicale du VIIe arrondissement, séance du 27 avril 1897.

ntraires à l'honneur. Or, ce sont ceux-là que nous de-
ns viser particulièrement.

L'intention du législateur a été de rendre les actes cou-
bles aussi rares que possible, soit par la gravité de la
ine prononcée, soit par le déshonneur qui s'attache à
pplication de cette peine.

A-t-il atteint son but ?

La manière dont la loi est appliquée me fait penser que
on !

Nous savons par l'expérience des condamnations contre
xercice illégal de la médecine, par les peines ridicules
ononcées contre les charlatans, que l'effet moral est pré-
sément en sens inverse de ce qu'il devrait être. Les con-
mnés se posent en victimes et se font plaindre par leur
ientèle.

En voici quelques exemples :

Le Parquet de la Seine a poursuivi il y a 3 ans, à Paris, un
iérisseur pour exercice illégal de la médecine. Ce guéris-
ur a avoué au Tribunal qu'il était réellement docteur en
édecine, mais qu'il cachait son titre, parce que c'était pour
i un moyen plus certain de capter la confiance de sa clien-
le. Il est évident que pour cet homme une poursuite
était pas bien redoutable, et qu'il s'y exposait sachant
'elle serait plutôt profitable.

Quel serait donc pour lui l'effet d'un blâme de ses con-
ères, dont il s'est volontairement séparé. Cet effet sera
videmment nul !

Que peut-on faire contre un confrère qui s'entend avec
n pharmacien et reçoit tant pour cent sur la vente d'une
pécialité indiquée sur ses ordonnances ?

Ce médecin affirmera qu'il est dans son droit en pres-
rivant une spécialité, comme le font chaque jour ses
ccusateurs eux-mêmes. Comment pourra-t-on fournir la
reuve d'un traité que les deux parties auront intérêt à
enir secret ? Et si cette preuve ne peut pas être faite, ce
onfrère ne sera-t-il pas en droit de poursuivre ses accusa-
eurs devant les tribunaux civils, pour actes diffamatoires
ouvant lui porter un préjudice ?

Certains actes honteux sont particulièrement visés par le
ublic, depuis quelque temps. Ce sont les opérations inu-
les décidées entre deux médecins, pour arracher une
omme d'argent. Mais cette décision est le résultat de la
onfiance du malade. Ceux que nous pourrons regarder
omme coupables ne manqueront pas de plaider la bonne
oi. Ils diront que l'opération leur paraissait indiquée.
omment faire la preuve qu'ils voulaient tromper ? Ne sa-
ons-nous pas que souvent une opération déconseillée par
n médecin est conseillée par un autre et acceptée par un
alade que rien n'avait soulagé jusqu'alors !

Il existe des docteurs diplomés et patentés qui lancent
les prospectus promettant la guérison du cancer sans opé-
ation. Ce sont de véritables forbans, qui visent la bourse
le leurs malheureuses victimes et les chassent quand elles
ne peuvent plus payer les 10 francs exigés à chaque con-
ultation. J'ai vu plusieurs de ces malheureux échouer à
a consultation gratuite de l'hôpital Saint-Joseph. Ces
ommes ont une conscience parfaite de leurs actes. Il se
avent méprisés, mais affichent hautement leur dédain
our leurs confrères.

Ce sont ces hommes-là que l'Ordre médical devrait
rrêter ! Cette espérance est-elle même permise ? Je crains
que non !

Si on les attaque, ils affirment avoir du succès, ils don-
nent comme preuve le grand nombre de personnes qui
vont chez eux. Ils citeront les chiffres fantastiques de
leurs prospectus. Ils feront venir des personnes guéries
d'affections non cancéreuses, qu'ils ont trompées sur la
nature vraie de leur mal ; et ils mettront leurs confrères au
défi de prouver qu'ils sont plus capables qu'eux de guérir
radicalement cette terrible affection. Les témoins ne leur
manqueront point. N'avons-nous pas vu il y a un peu moins
de deux ans un guérisseur de maladies d'yeux apporter au
tribunal de la Seine le témoignage écrit de Floquet, alors
président de la Chambre des députés !

Que deviendra l'accusation dans de pareilles conditions !

Vous devez bien penser que des hommes pour qui le
sens moral n'existe pas ne se laisseront pas attaquer sans
se défendre énergiquement, et il est intéressant de se
demander si, en dehors du moyen de défense que je viens
de signaler, il n'en est pas d'autres d'un effet désastreux.

Les accusés rechercheront si dans la vie passée, même
dans la famille de leurs juges, il ne se trouve pas une dé-
faillance lointaine. S'ils ont la chance de trouver quelque
chose, ils demanderont hautement comment un homme
peut se poser en défenseur de la morale, après avoir vécu
lui-même dans les marges du Code ? Nous assisterons
alors à un déballage de révélations intimes qui feront la
joie des feuilles à scandales !

Toutefois, je l'accorde, je crois que ce cas ne se pro-
duira pas, que tous les juges seront dignes ; mais ces
mêmes juges peuvent se trouver un jour dans une situa-
tion bien embarrassante et que voici.

Supposez que dans un ordre médical d'arrondissement
on soit obligé de poursuivre un médecin haut placé dans
la confiance politique des électeurs, soutenu par un parti
politique nombreux et violent. Si cet homme est flétri, il
deviendra haineux et cherchera à se venger. Pensez-vous
qu'en province, où l'indépendance personnelle est moins
grande qu'à Paris, on trouvera aisément des confrères
pour le condamner. Ils se diront qu'un jour ou l'autre ils
pourront trouver cet homme politique devant eux, et ils
préfèreront éviter une corvée périlleuse.

Il est un point sur lequel nous aurons difficilement satis-
faction, c'est relativement à l'application des peines.

Je vous ai dit comment dans certains cas les peines pro-
posées : avertissement, blâme, affichage seront sans effet.
Il faudrait au moins une amende pécuniaire. Or, c'est là
une pénalité qui n'est point inscrite dans le code pénal, et
je ne pense pas qu'on se fasse l'illusion de croire que la
Chambre des députés votera une loi modifiant le Code pour
être agréable aux médecins. Les discussions où il a été
question des intérêts médicaux à la Chambre nous ont
fixés sur la sympathie des députés à notre égard.

J'ajoute que l'application des peines ne nous sera jamais
accordée. Vous savez combien les magistrats sont jaloux
de leur privilège d'interpréter et d'appliquer la loi ; et je
suis bien convaincu que jamais ils ne nous accorderont
un pouvoir qui puisse approcher du leur.

Dans ces projets, où l'on parle de créer un ordre médi-
cal dans chaque arrondissement, j'ai été frappé de ce fait
que l'on ne s'est pas occupé de la condition des médecins
étrangers. Vous savez qu'ils sont de deux sortes.

Les uns habitent dans leur propre pays et viennent for-
tuitement exercer la médecine en France ; et ceux de nos
confrères qui résident dans les départements limitrophes
de la Belgique et de la Suisse se plaignent amèrement des

facilités qui leur sont accordées de pénétrer ainsi chez nous. Nous pouvons bien supposer que l'un d'eux pourra se rendre coupable de faits que nous regardons comme punissables. Dans ce cas, quelle action aurons-nous contre lui? Si l'on ne peut rien, il sera dans une situation privilégiée relativement aux médecins français qui peuvent être condamnés!

Est-ce que cette différence est chose juste? Pensez-vous que l'ordre médical sera accueilli dans les départements dont j'ai parlé? et s'il est repoussé dans quelques départements, comment pourra-t-on l'imposer dans les autres?

Les autres médecins étrangers sont ceux qui habitent l'hiver dans les villes du littoral de la Méditerranée. Si l'on veut en punir un, il aura bien vite fait de se réclamer de son ambassadeur, qui le défendra contre les médecins français accusés de jalousie, et l'ordre médical recevra du Préfet l'injonction de cesser toute poursuite.

Quant à ceux qui voudront poursuivre quand même, ils n'auront qu'à attendre la revision des traités internationaux!

Enfin, Messieurs, on a émis une idée qui me semble bien dangereuse. Sentant la difficulté extrême que l'on rencontre à obtenir une loi régulièrement votée et sanctionnée, le Dr Lutaud a écrit: « Il suffira d'un arrêté ministériel pour créer l'ordre médical ». C'est en effet bien plus simple, mais c'est bien plus périlleux. Car si un ministre peut créer cet ordre par un décret, un autre ministre peut l'abroger par un autre décret. C'est alors donner une existence précaire à une institution qui par son essence doit avoir un caractère de perpétuité!

Mais ce qui est encore plus grave, c'est faire entrer l'arbitraire administratif dans l'exercice de notre profession, qui doit être avant tout indépendante de toute pression administrative.

Quant aux peines à appliquer aux confrères indignes, je suis convaincu que les peines légères seront sans effet, parce qu'elles ne sont pas suffisantes pour troubler les coupables dans leur manière de faire, et encore moins pour les arrêter s'ils trouvent profit à mépriser les décisions des collèges médicaux.

Je ne vois que deux peines qui soient assez fortes pour inquiéter ceux que nous visons, ce sont: l'amende pécuniaire et au besoin l'interdiction à temps ou perpétuelle en cas de récidive grave.

Pourquoi donc tous les autres moyens indiqués sont-ils imparfaits et sans résultats sérieux! C'est que le point de départ est faux. On s'attache uniquement à combattre le mal produit. Or cela ne suffit pas. Il faut s'attacher à l'empêcher de se produire. C'est l'origine même du mal que l'on doit attaquer.

Non ce n'est pas par des lois que l'on relève la conscience des hommes. C'est par une bonne et forte éduction morale; c'est par un enseignement que l'on montre au jeune médecin que dans la pratique de notre art il y a autre chose que la satisfaction de gagner beaucoup d'argent. Malheureusement beaucoup se laissent tenter par ce désir immodéré de luxe qui est une des grandes plaies des Sociétés civilisées. Ils ne regardent que la haute situation de quelques hommes favorisés de la fortune et qui ont accompli des travaux bien plus considérables. Ils sont hypnotisés par les gros gains et ils veulent gagner immédiatement comme ceux qui ont derrière eux de longues années de travail honorable. C'est là leur écueil. Aussi sommes-nous convaincus que ceux qui ne sont pas capables de se mettre en garde contre ce funeste mirage succomberont fatalement à une tentation si décevante et que tous les codes déontologiques les plus parfaits seront une barrière toujours impuissante à les empêcher de tomber.

Telles sont Messieurs les quelques réflexions qui m'ont été inspirées pour la lecture des projets publiés. Il m'a semblé intéressant de vous soumettre ces objections avant la création de votre ordre médical, pour qu'elles ne lui soient pas opposées plus tard avec assez de force pour le ruiner. Mes réflexions sont pessimistes, je l'avoue, mais je fais des vœux pour qu'elles soient victorieusement réfutées et que nous voyons naître un projet réellement inattaquable.

DÉONTOLOGIE

Nous empruntons ce qui suit à la *Gazette des hôpitaux*:

« Nous recevons d'un de nos correspondants la lettre suivante:

« Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de vous prier de bien vouloir me donner votre avis sur les faits suivants:

Dans ma localité, nous sommes deux docteurs qui ne sommes peut-être plus très au courant des règles de la déontologie médicale. Médecin d'une famille dans laquelle j'ai mis un enfant au monde en 1895, et retenu pour un nouvel accouchement qui devait arriver dans le courant du mois, je me trouve absent le jour de l'événement, occupé que j'étais par un autre accouchement à 6 kilomètres de ma résidence. Le mari m'envoie chercher en voiture. Dans l'intervalle, la situation de ma cliente devenant pressante, on a recours à mon confrère. J'arrive dix minutes après lui. Je lui laisse le soin de terminer l'accouchement.

Quelle conduite devait-il tenir dans les suites de couches?

Je vous serais reconnaissant de me répondre par la voie de votre estimable journal, de façon que mes confrères puissent profiter de votre manière de voir.

Veuillez agréer, etc. »

La question que soulève notre confrère est des plus simples à résoudre et ne nous paraît prêter matière à nulle discussion. Quand un médecin est appelé dans la clientèle d'un confrère absent et empêché, pour un cas fortuit ou grave, qui ne permet pas d'attendre l'arrivée du médecin habituel, et que le médecin requis s'est rendu à cet appel, il doit, après avoir donné ses soins, se retirer et considérer son rôle comme terminé.

Différents cas peuvent toutefois se présenter. Si le médecin mandé n'est plus sollicité par la famille de retourner voir le malade et si le médecin traitant reprend la direction du traitement, celui-ci doit, dans ce cas, remercier directement son confrère d'avoir bien voulu donner ses soins à l'un de ses clients et s'inquiéter près de ceux-ci pour le faire honorer.

Dans certaines conditions difficiles à préciser ici, mais qu'il est aisé d'apprécier pour chaque cas particulier, il conviendra que le médecin habituel, avant de reprendre le traitement de son malade, sollicite une consultation avec

confrère qui l'a remplacé, en son absence, et qui a assisté au début ou à l'une des phases graves de l'affection. Mais il peut arriver que le malade veuille continuer à recevoir les soins du médecin qu'il a mandé. Dans ce cas, le devoir strict de celui-ci, qui a dû prévenir le confrère qu'en son absence il a soigné l'un de ses clients, est de refuser cette proposition. Toutefois, comme il n'est pas possible d'imposer aux malades les lois qui peuvent nous régir, si le malade persiste à réclamer comme médecin définitif son médecin occasionnel, il faut que celui-ci, après avoir fait tous ses efforts pour refuser, après avoir averti le confrère évincé, s'assure que son nouveau client s'est bien quitté vis-à-vis de son ancien médecin. Mais, ce dernier cas doit être bien exceptionnel, si le médecin appelé a eu la ferme intention de se conformer aux règles de la saine déontologie et a bien fait comprendre à la famille qu'on ne change pas son médecin uniquement par le fait qu'il était absent au moment même où on a été le chercher. Si de pareilles mœurs s'établissaient chez nous, c'en serait fait de la dignité professionnelle et le médecin serait ravalé au rang du plus infime des fournisseurs.

Nous répondons donc à la question que nous pose notre correspondant en disant que le médecin, appelé en son absence, devait, aussitôt l'accouchement terminé, se retirer et laisser les suites de couches au médecin habituel, et nous terminons en disant qu'un médecin, appelé fortuitement dans la clientèle d'un confrère, doit se considérer uniquement comme le remplaçant *momentané* de ce confrère et disparaître dès le retour de celui-ci.

La question est, en effet, très simple, et nos confrères de la *Gazette des Hôpitaux* y répondent de la manière la plus satisfaisante. A. Ch.

VARIÉTÉS

Le curé Kneipp.

Nous extrayons de la *Gazette des Eaux* l'intéressante lettre suivante du Dr Gandy, de Bagnères-de-Bigorre :

Mon cher directeur,

Votre excellent article sur l'abbé Kneipp — excellent comme un jugement définitif — est venu éveiller dans mon esprit les souvenirs d'une visite à Wœrishoffen, il y a juste cinq ans, en juin 1892.

J'avais traversé la Suisse et le lac de Constance; j'avais débarqué à Lindau, sur la terre bavaroise; j'avais pris le train de Munich jusqu'à Buchloë et, de là, une ligne secondaire qui passe à Turckeim, d'où un service d'omnibus conduit au village illustré par Mgr Kneipp.

Wœrishoffen est bâti sur un vaste plateau, à 500 mètres d'altitude, au milieu des prés et des bois, en face des Alpes bavaroises qui dressent au loin leur relief puissant et leur cime neigeuse.

C'est un village blanc et grisâtre, au sein d'une plaine verte, pareil à ces villages alsaciens que décrivent Erckmann-Chatrian dans les romans populaires que nous avons lus, il y a vingt-cinq ans.

L'endroit est des plus favorables pour une cure d'air et d'eau. Des sources pures et abondantes sillonnent le sol et répandent la fraîcheur.

Dès les abords du village, je fus frappé par le spectacle de promeneurs marchant pieds nus dans la poussière des grands chemins; puis, j'aperçus des personnes de toute condition : bourgeois, paysans, dames du monde, prêtres, religieuses, prenant un bain de jambes dans un large ruisseau, en amont d'une scierie à bois.

En plus du traitement par l'eau froide et de la marche pieds nus, tout ce monde-là, de nationalités diverses, pratiquait une hygiène spéciale du vêtement et de la table : chemise de grosse toile (pas de flanelle !), chapeau de paille grossière à larges ailes, vêtements de fil, amples et légers. A table, soupe de pulvérin et de légumes (Kraftsuppe); viandes bouillies (de préférence le chevreau), suivies de confitures de coings, de myrtille ou de prunelle, suivant la disposition des convives (le riz ou les pruneaux !), et le pain intégral, de froment et de seigle, l'une des bases du régime Kneippiste !

Au repas on boit de l'eau ou, par tolérance, de la bière de Munich, de cette excellente bière, d'un goût si franc, bien faite pour séduire et convertir les buveurs les plus réfractaires au breuvage de houblon. A la fin du repas, le café de malt. De spiritueux, on n'en use point. Je voyageais avec un Français qui prit immédiatement le train de Munich, quand on lui dit au restaurant qu'on n'avait ni chartreuse, ni fine champagne.

La journée, réglée comme un papier de musique, s'écoule rapidement, laissant peu de loisirs entre le lever, la promenade dans la rosée, le premier déjeuner (lait et café Kneipp), la séance hydrothérapique du matin, le grand déjeuner ou dîner, la sieste, la douche de l'après-midi, le souper, le bain de jambes, le coucher.

On se couchait de bonne heure. Certains soirs — les soirs de fête — on s'amusait un peu dans les hôtels munis d'un salon et d'un piano. On faisait de la musique, on dansait... Oh ! les jolis pieds de Viennoises que j'ai vus tourner aux sons d'une valse de Strauss ! On dansait pieds nus, cela va sans dire.

Toute cette vie si curieuse, cette vie si propice au repos du corps et de l'esprit, où se formaient des relations cordiales et même intimes, sans lendemain, va-t-elle disparaître de Wœrishoffen avec l'abbé Kneipp ?

C'est probable. Ce prêtre étrange, vrai paysan du Danube taillé à coups de hache, était un esprit génial. Il n'avait rien inventé au sens propre du mot, mais il avait systématisé une foule de moyens hygiéniques ; il avait, par son expérience personnelle, ou par son intuition de guérisseur, rajeuni des médications oubliées ; il en avait fait un tout et, surtout, il était parvenu, à force de conviction et d'esprit de prosélytisme, à déterminer en faveur de ses idées un courant populaire puissant, universel.

Ce n'est pas seulement l'hydrothérapie simplifiée, primitive, presque sans outillage, que l'abbé Kneipp avait mise à la mode et qu'il appliquait, sous des formes variées, aux trois quarts de nos maux. Il s'était fait l'apôtre de tout un ensemble de préceptes relatifs à la santé; d'une méthode générale qui, par certains côtés, semble procéder de J.-J. Rousseau, car elle repose sur cette idée fondamentale : le retour de l'homme à l'état de nature, la vie ramenée aux habitudes des peuples primitifs, la vie dépouillée des besoins artificiels créés par la civilisation.

Marcher pieds nus, ne porter que des vêtements de fil,

ne boire que de l'eau, s'interdire les mets excitants et la cuisine raffinée, se laver le corps plusieurs fois par jour, demander aux simples les remèdes utiles à la santé : voilà ce que Kneipp a enseigné pendant cinquante ans et ce que, par centaines de mille, les brochures écrites par le maître ou par ses disciples ont fait connaître au monde entier.

Quelle a été son influence? Qu'en restera-t-il?

Kneipp a fait du mal. Il a introduit dans le public ce qu'on pourrait appeler le libre examen médical. Ils se nomment légion, les malades crédules ou fanatiques, qui ont hâté leur mort en se traitant sans médecin d'après les manuels du curé bavarois et en appliquant à tort et à travers la fameuse cure d'eau.

Kneipp a fait du bien. Qui de nous ne s'est aperçu que la merveilleuse propagande faite par ce nouveau Priessnitz en faveur de l'eau froide avait eu pour résultat d'abattre bien des résistances en matière d'hydrothérapie? Que de malades, autrefois rebelles à la douche, préviennent aujourd'hui par leur empressement la prescription du médecin!

C'est aussi un réel service que l'abbé Kneipp a rendu à l'hygiène en réagissant avec une rigueur peut-être excessive, mais à coup sûr efficace, contre des abus alimentaires que nous, médecins, nous n'osons pas toujours combattre de front.

Et maintenant, pour finir cette lettre trop longue, je conclurai avec vous, mon cher ami, que de tout ce bruit il sortira peu de chose : le souvenir d'une vogue prodigieuse autour d'un homme qui ne fut ni un savant, ni un charlatan, mais qui tint une si grande place dans l'opinion que son nom restera peut-être attaché à des produits et à des pratiques hygiéniques qu'il n'a pas inventés.

Dr Gandy.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — M. Savariaud est nommé prosecteur.

Hopitaux de Paris. — Le concours de l'internat s'ouvrira le lundi 18 octobre 1897, à midi précis. Les candidats seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le mercredi 1er septembre, jusqu'au 30 du même mois inclusivement.

— Le concours de l'externat s'ouvrira le mardi 19 octobre 1897, à quatre heures, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. Les candidats seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le mercredi 1er septembre jusqu'au jeudi du même mois inclusivement.

Par exception, les candidats qui doivent être appelés sous les drapeaux à la fin de l'année subiront consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours. Par exception également, les externes de troisième année qui se sont fait inscrire pour concourir de nouveau ne sont appelés à subir les épreuves que dans les dernières séances consacrées à chacune d'elles.

Les extraits de naissance venant des départements et les certificats délivrés par des médecins ou des fonctionnaires étrangers à l'Administration de l'Assistance publique devront être légalisés.

Ecole de médecine de Marseille. — Le concours pour une place de prosecteur près l'Ecole de médecine de Marseille s'est terminé pour la nomination de M. Acquaviva.

Corps de santé militaire. — Par décret du 7 mai 1897, ont été nommés dans le cadre auxiliaire :

Au grade de médecin principal de première classe de réserve. — MM. les médecins principaux de première classe de l'armée active retraités Laveran et Gavoy.

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le médecin-major de première classe de l'armée active retraité Goubeau.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités, Brachet, Rouget et Sedan.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — M. le médecin aide-major de première classe de l'armée active Baissas, dont la démission a été acceptée.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les Drs Mermillod, Herbert, Gatay, Blanc, Lallemand, Filaudeau, Simon, Petit, Frey, Dauriac, Touche, Beziat, Flandrin, Levillain, Guérin, Fontet, Fillion, Mivielle, Choppin, Leblond, Delecluse, Pate, Delmas, Hauser, Thevenon, Causeret, Groleau, Monier, Piquet, Louis Blanc, Guérin, Martin, Heran, Mourette, Duquaire, Playoust, Watin, Martel, Heylles, Chevereau, Drouard, Devoir, Quere, Debray, Rabineau, Gaudibert, Riffe, Poulet, Lesourd, Le Coq, Mandonnet, Le Nadan, Royer, Vires, Lefilliâtre, Chambrin, Fargues, Serre, Merger, Rousseau, Evrot, Mencière, Senlecq, Rouger, Louart, Perdriat, Favre, Maraval, Maleterre, Prieur, Delgrange, Paquet, Mouezy, Pernet, Cazalis, Rousseau, Bron, Mereau, Husson, Briend, Thubert, Rochier et Macquin.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les Drs Boimond, Delebarre, Guillaume, Thorain et Mignot.

Médecins sénateurs. — M. le Dr César Allemand est élu sénateur des Basses-Alpes.

Médecins conseillers généraux. — Le Dr Emile Rey, député, vient d'être élu conseiller général du canton de Catus (Lot). — Le Dr Chapuis est élu conseiller général du Jura pour le canton de Lons-le-Saulnier. Le Dr Soueix est élu conseiller général de l'Ariège pour le canton de Saint-Girons.

Bibliothèque Henri Feulard. — Nous avons reçu la circulaire suivante :

« Au lendemain de la catastrophe du 4 mai, l'Administration de l'Assistance publique a décidé de donner le nom de Henri Feulard à la Bibliothèque qu'il avait créée à l'hôpital Saint-Louis.

« Les amis et les collègues de Feulard ont pensé qu'ils devaient dédier à sa mémoire un souvenir dont l'origina serait placé dans cette bibliothèque.

« Une souscription est ouverte à cet effet; nous venons vous demander de vouloir bien y prendre part. Dans ce cas, nous vous serons bien reconnaissants d'envoyer votre cotisation dans le plus bref délai à M. G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

« S'il est possible, une reproduction de l'œuvre placée

hôpital Saint-Louis, sera mise à la disposition des sous-
pteurs.

: Veuillez agréer, M , l'assurance de nos sen-
ients les plus distingués.

Dr Em. Besnier, Dr Barthélemy, H. Derouin, Dr Duflocq, Dr Ribail, G. Steinheil, Vautrey, Dr Bouloumié, L. Desfos-ses, Charles Normand, L. Roger-Milès, Dr G. Thibierge. »

Nous ne pouvons qu'approuver pleinement cette mesure engager nos lecteurs à souscrire. Cette création est des ns honorables pour la mémoire de notre regretté collègue; lutre part, c'est peut-être plus digne que d'aller dépenser 255 francs en pompes religieuses, pour s'apercevoir, au rtir de l'église, que le plus proche parent de l'une des ctimes était dans une réelle misère.

Conseil municipal de Paris. — Le Conseil a voté dans séance du 6 juillet l'aménagement d'une salle d'opéra-ons pour le Dr Nélaton à l'hôpital Saint-Louis, le relève-ent du chiffre de l'indemnité payée par les malades à la aison municipale de santé, l'agrandissement de la salle opérations du Dr Picqué, à la Maison municipale de santé, afin la réinstallation du service des morts à la Maison mu-cipale de santé.

Distinctions honorifiques. — Des médailles ont été écernées aux médecins ci-après désignés, en témoignage leur participation dévouée aux travaux des conseils hygiène publique et de salubrité et à l'étude des ques-ons s'y référant :

Médailles d'or. — M. Lande, Gironde.

Médailles de vermeil. — MM. Villard, Creuze; Larue du arry, Haute-Vienne.

Médailles d'argent. — MM. Bertin, Nantes; Gautrelet, Côte-Or; Vigenaud, Clermont-Ferrand.

Médailles de bronze. — M. E. Jolly, à Neufchâtel.

— Par décision ministérielle, en date du 3 juillet 1897, n témoignage de satisfaction a été accordé à chacun des médecins ci-après dénommés, qui ont fait preuve de dé-ouement en donnant, depuis de longues années, des soins ratuits aux militaires de la gendarmerie ainsi qu'a leurs amilles, savoir :

MM. Dousson, à Largentière, quarante-cinq ans de ser-ices; Granier, à Villefranche-de-Rouergue, trente-trois ans e services; Rolland, à Ploubalay, trente-deux ans de ser-ices; Chocus, à Attichy, vingt-six ans de services; Perrot, Logis-Neuf, vingt-trois ans de services; Denis, à Bruz, ingt-trois ans de services; et Richer, à Dozulé, vingt-deux ns de services.

L'Association française pour l'avancement des scien-es tient cette année son 26e Congrès à Saint-Etienne, du au 12 août 1897, sous la présidence de M. le professeur Marey, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine. Outre de nombreuses visites industrielles dans la ville et lans la région avoisinante, la session comportera plusieurs excursions, dont l'une au mont Pilat; une autre excursion aura lieu après la clôture du Congrès, les 13, 14 et 15 août, et, parcourant un pays très pittoresque, permettra de voir notamment le mont Mézenc et les villes du Puy et d'Yssin-geaux.

De nombreuses communications sont déjà annoncées et plusieurs savants étrangers prendront part aux travaux de la session. Diverses sections ont mis à l'ordre du jour des questions importantes sur lesquelles des rapports seront préparés. Pour l'indication de ces questions et pour tous les renseignements relatifs au Congrès, s'adresser au secrétariat, 28, rue Serpente, à Paris.

Une réduction de 50 p. 100 a été accordée par les compagnies de chemins de fer pour les membres de l'Association devant assister au Congrès; la demande des billets doit être faite avant le 15 juillet, dernier délai.

Association française d'urologie. — La 2e session de l'Association française d'urologie aura lieu à Paris, à la Faculté de médecine, les 21, 22 et 23 octobre 1897 sous la présidence de M. le professeur Guyon.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour : 1° Des opérations qui se pratiquent sur le testicule et ses annexes contre l'hypertrophie de la prostate. — Rapporteurs : MM. Albarran et Carlier.

2° Des uréthrites non gonococciques. — Rapporteurs : MM. Erraud et Noguès.

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer pour le *15 septembre*, au plus tard, le titre et les conclusions de leurs communications à M. Desnos, secrétaire général, 31, rue de Rome.

Pour tous les renseignements concernant l'Association, s'adresser au secrétaire général.

Septième séance annuelle de la société d'hypnologie et de psychologie. — La septième séance annuelle de la Société d'hypnologie et de psychologie aura lieu le lundi 19 juillet, à quatre heures du soir, au Palais des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, sous la présidence de M. Dumont-pallier, membre de l'Académie de médecine.

Les auteurs sont invités à adresser dès à présent les titres de leurs communications à M. le Dr Bérillon, secrétaire général, 14, rue Taitbout.

Le banquet annuel de la Société aura lieu le même jour, après la séance.

Société de thérapeutique. — Par décret, en date du 19 juin 1897, la Société de thérapeutique, dont le siège est à Paris, est reconnue comme établissement d'utilité publique.

Jubilé Théophile Roussel. — Les médecins inspecteurs de la protection des enfants du premier âge ayant souscrit et qui seraient désireux de recevoir le livre d'or du Jubilé sont priés d'adresser sans retard leur demande à M. le Dr Ledé, Quai aux Fleurs, 19, à Paris en y joignant la somme d'un franc en un mandat-carte pour frais d'envoi par la poste.

L'impôt sur le revenu en Prusse. — Le sujet prussien est obligé de déclarer lui-même le revenu brut qu'il a eu pendant les trois dernières années, et les déductions qu'il veut y voir faire. Il faut indiquer en détail les sources de revenu et la nature des déductions, et fixer exactement le montant de chacune d'elles. En outre, il faut déclarer si ces chiffres reposent sur une évaluation ou sur des livres tenus régulièrement.

Nous sommes à même de donner quelques détails sur des questions posées à un médecin auquel l'administration a signifié qu'elle ne pourrait tenir compte de ses déclarations que s'il donnait encore des indications sur les points suivants :

On voulait connaître la valeur locative de la salle d'attente et du cabinet de consultation, on désirait savoir si ces locaux étaient aussi habités en dehors des heures de consultation, et notamment si le salon de consultation servait aussi de bureau de travail. On demandait les heures et la durée des consultations, pour fixer les frais de chauffage

et d'éclairage. L'administration désirait apprendre si le service, et particulièrement le nettoyage et le chauffage, se faisait par des domestiques servant en même temps dans le ménage ou engagés uniquement pour cet ouvrage. Relativement aux dépenses pour de nouveaux instruments, il fallait indiquer si ces derniers avaient été achetés pour le remplacement d'autres détériorés par l'usage. Enfin, il fallait détailler les dépenses faites pour chevaux et voitures.

L'exemple que nous venons de citer donnera à nos lecteurs une idée de l'inquisition à laquelle l'impôt sur le revenu expose les contribuables. Aussi, l'enthousiasme qu'on avait eu en Prusse lors de l'introduction de cette forme d'imposition, a-t-il fait place à un désenchantement dans les contrées occidentales de la monarchie.

Cours d'hygiène sociale. — La Conférence pratique du dimanche 11 juillet aura lieu au parc agricole d'Achères, (Epandage des eaux d'égout).

Départ par la gare Saint-Lazare, au train de 7 h. 51, matin, pour Herbiay et retour d'Achères, (11 h. 08), pour Paris.

On est prié de se trouver à la gare à 7 h. 1/2, et de s'adresser à M. le Dr A.-J. Martin dans la salle des Pas-Perdus, auprès du guichet pour Herblay.

Nécrologie. — Le Dr Anstett, de Soulz sous Foret (Bas-Rhin), reçu en 1863. — Le Dr Bessac, d'Anor (Nord), reçu en 1865. — Le Dr Hubin, de Thomery (Seine-et-Marne), reçu en 1835. — Le Dr Gentilhomme, de Reims, mort tuberculeux à l'âge de 31 ans. — M. Bart, médecin à Steenbecque (Nord), reçu en 1860. — Le Dr Delbecq, père, d'Estaires (Nord). — Le Dr Delaissement, de Saint-Quentin, reçu en 1869.

La mortalité à Paris. — Pendant la vingt-sixième semaine, du 27 juin au 3 juillet 1897, le service de la statistique a compté 798 décès, chiffre inférieur à celui de la semaine dernière 886 et à la moyenne 916.

Les maladies épidémiques sont moins rares (38 au lieu de 33 et de la moyenne 66), la fièvre typhoïde a causé 3 décès au lieu de la moyenne 8, la scarlatine 3 au lieu de 2 et de la moyenne 5, la rougeole 19 au lieu de 17 et de la moyenne 27, la coqueluche 5 au lieu de 7 et de la moyenne 7, la diphtérie 8 au lieu de 3 et de la moyenne 16.

Il n'y a eu de décès ni par variole, ni par typhus, ni par influenza.

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.), a causé 69 décès au-dessous de 1 an au lieu de 46 et de la moyenne 64.

En outre 22 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 52 décès (au lieu de 74 pendant la semaine précédente et au lieu de 102, moyenne ordinaire de la saison). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : Bronchite aiguë, 1 décès (au lieu de la moyenne 19 ; bronchite chronique 11 décès (au lieu de la moyenne 19) ; bronchopneumonie, 24 décès (au lieu de la moyenne 36) ; pneumonie 16 décès (au lieu de la moyenne 17). Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 28 décès, dont 19 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 135 décès au lieu de la moyenne 181 ; la méningite tuberculeuse, 16 décès ; la méningite simple, 21 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 24 décès ; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 65 décès, et les maladies organiques du cœur, 60 ; le cancer a fait périr 48 personnes. Enfin, 26 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 26 suicides, et 13 autres morts violentes.

On a célébré à Paris 487 mariages.

On a enregistré la naissance de 1.177 enfants vivants (597 garçons et 580 filles), dont 832 légitimes et 345 illégitimes. Parmi ces derniers, 56 ont été reconnus immédiatement.

On a déclaré la mise en nourrice de 368 enfants, dont seront placés à Paris. Parmi ces enfants, 100 seront nourris au sein et 268 recevront une autre alimentation.

On a déclaré la naissance de 74 mort-nés (dont 51 légitimes et 23 illégitimes).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nous venons de recevoir le n° 2 de la **Revue philanthropique**, dirigée par M. Paul Strauss. Nous sommes heureux de pouvoir donner le sommaire de ce numéro que ne le cède en rien comme intérêt au n° 1.

Jules Siegfried : Les habitations à bon marché. — Jean Aicard : Le chien de Janinet. — Professeur J. Grancher : L'antisepsie médicale dans la famille. — Séverine : Les secoureurs. — Louis Lucipia : L'école Lepeltier de Saint-Fargeau. — Louis Paulian : La donation de la comtesse de Castellane et la centralisation de toutes les œuvres de charité privées. — Paul Strauss : Le patronage des hopitaux. — Dick May : Les colonies de vacances. — Emile Chauffour : Education sociale. — Jacques Fréhel : La commémoration de Jules Simon.

Variétés : Société pour l'instruction et la protection des sourds-muets. — Au musée social. — Poste central d'Avertissement pour les ambulances à Paris. — La maison du travail pour jeunes gens ; Discours de M. Jean Aicard. — Histoire du wagon. — Société contre la mendicité des enfants. — Résultats obtenus à Grenoble par l'emploi du lait stérilisé par le Dr Berlioz.

Chronique étrangère : Amérique : Le mont-de-piété des millionnaires. — Angleterre : Le régime des aliénés par Gaston Cadoux. — L'Hôpital français de Londres. — Autriche-Hongrie : L'hôpital des enfants de Buda-Pesth. — Allemagne : Contre l'alcoolisme. — Belgique : L'œuvre de la Croix-Rouge. — Suisse : Les maisons de travail. — Le congrès de travail à Zurich. — Transvaal : Société française de bienfaisance.

Informations. — Echos. — Revues et publications françaises. — Revues et publications étrangères. — Bulletin, par P. Strauss.

De l'intervention chirurgicale dans le cours et dans les suites de l'ulcère simple de l'estomac, par le Dr Georges Marion, ancien interne des hôpitaux de Paris, prosecteur à la Faculté de médecine. Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois. — Prix : 6 francs.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase.
ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.
CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.
NEUROSINE PRUNIER. — Phosphoglycérate de chaux pur.

GOUDRON FREYSSINGE
1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas **contre Bronchites, Catarrhes, Maladies de la Peau, Epidémies.** 1 fr. 50 dans les Pharmacies.

PASTILLES bi-borate de Soude VIGIER, à 0 gr. 10 centig. 5 à 10 pastilles par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*